DE

N° 41.

L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 3 mars 1832, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR FRANÇOIS-ÉMILE LOYER, de Villedieu,

Département de la Manche;

Chirurgien sous-Aide-Major à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA, *Président.*
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX, *Suppléant.*
Hygiène	DES GENETTES, *Examinateur.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / JULES CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER. / BOUILLAUD. / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN, *Examinateur.* / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque, *Suppléant.*	Gerdy.
Bayle.	Gibert.
Blandin.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux, *Examinateur.*
Danck.	Sandras, *Examinateur.*
Devergie.	Trousseau.
Dubled.	Velpeau.
Dubois.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs qu'elle nentend leur donner aucune approbation ni improbation.

AU MEILLEUR DES PÈRES,

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Amour, reconnaissance.

A MES FRÈRES.

Amitié sincère, dévouement.

A MES ONCLES ET TANTES.

Respect, attachement.

F.-É. LOYER.

DE

L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE.

L'ENTÉRITE folliculeuse consiste dans l'inflammation des follicules mucipares de l'intestin.

Ces organes sont de petits sacs qui s'ouvrent à la surface de l'intestin, chacun par un orifice plus étroit que son fond : ils sont isolés dans l'estomac, le duodénum, agglomérés vers la fin du jéjunum et de l'iléon, et disposés dans ce lieu en plaques arrondies ou elliptiques sur le bord libre de l'intestin. Enfin ils sont associés deux à deux, quatre à quatre, et rarement en plus grand nombre, dans l'intestin colon, à son bord adhérent comme à son bord libre. Les plaques arrondies portent le nom de *glandes de* PEYER, les autres follicules celui de *glandes de* BRUNNER. Leur fonction est de sécréter un fluide appelé *mucus*, destiné à lubrifier la face interne de l'intestin.

C'est l'inflammation de ces organes qui fonde le caractère anatomique de l'entérite folliculeuse.

M. *Broussais* avait déjà annoncé, dans son ouvrage sur les phlegmasies chroniques, que les ulcérations intestinales avaient leur siége dans les follicules muqueux de l'intestin. MM. *Petit* et *Serres*, ayant rattaché un groupe de symptômes à l'altération de ces follicules, lui donnèrent le nom de *fièvre entéro-mésentérique*. Plus tard, M. *Bretonneau* de Tours signala beaucoup mieux qu'on ne l'avait fait avant lui le siége de cette maladie dans les follicules agminés de l'intestin, et la nomma *dothinentérite* (δοθιν, *bouton*, ἔντερον, *intestin*). Enfin elle est décrite par M. *Louis*, dans un ouvrage publié *ex professo* sur ce sujet, sous le titre d'*affection typhoïde*.

Inconnue quant à son siége et à ses caractères anatomiques, l'entérite folliculeuse a été très-bien décrite par les anciens sous les noms de *fièvres lente, putride, pituiteuse, maligne, bilieuse, soporeuse, typhoïde*, et, par l'école de *Pinel*, sous les noms correspondans de *fièvres muqueuse, adynamique, ataxique, ataxo-adynamique.*

Étiologie. Il résulte des travaux de MM. *Louis* et *Andral* qu'il n'existe aucune cause spéciale que l'on puisse regarder comme propre à l'entérite folliculeuse. Les individus doués des constitutions les plus diverses en sont également atteints. Les tempéramens lymphatiques n'y sont pas plus exposés que les autres, et, loin de cela, elle paraît sévir plus communément sur les individus dont la peau est fortement colorée, et dont le système musculaire est très-prononcé. C'est souvent chez de pareils sujets que l'état adynamique se prononce, la résistance vitale représentée par l'activité du système nerveux étant souvent en raison inverse de l'énergie du système musculaire. Parmi les sujets que ces médecins ont observés, chez quelques-uns une mauvaise alimentation a été l'une des circonstances qui ont précédé le développement de leur maladie; chez quelques autres des fatigues excessives, des peines morales avaient agi; mais, chez le plus grand nombre, rien ne prouve au moins que ces diverses influences aient joué un rôle dans sa production. Si les individus nouvellement arrivés à Paris ont paru y être plus exposés, on ne peut en conclure non plus qu'elle affecte exclusivement cette classe d'individus. Elle semble atteindre de préférence les adultes; assez commune dans l'enfance, elle est rare dans l'âge mur, et paraît étrangère à la vieillesse; elle se manifeste par l'action des causes communes à la plupart des autres maladies.

Ainsi, une saison chaude et humide, une nourriture malsaine, les veilles long-temps prolongées, les fatigues excessives, l'impression du froid sur la surface cutanée lorsque le corps est en sueur, les excès dans les boissons, les fruits verts ou de mauvaise qualité, toute substance irritante portée dans les organes digestifs, le séjour dans les lieux bas

et humides, dans les camps, dans les prisons, dans les hôpitaux encombrés, etc.

M. *Bretonneau* pense que la dothinentérite est contagieuse; cette opinion compte un petit nombre de partisans. Et, en effet, s'il en est ainsi, comment se fait-il que, dans les hôpitaux de Paris où on l'observe tous les jours, elle ne se transmette jamais du malade affecté à ceux qui sont couchés à côté de lui. Tout porte à croire qu'au moins ici elle ne revêt point ce caractère.

Symptomatologie. De légers troubles dans les fonctions digestives, tels que l'inappétence, quelques coliques, un peu de dévoiement, qui cesse et reparaît tour à tour, de la céphalalgie, des douleurs vagues dans les membres, des sueurs nocturnes, un sommeil troublé, précèdent souvent de plusieurs jours l'entérite folliculeuse; d'autres fois la maladie revêt de prime abord les caractères qui lui sont propres.

L'abdomen, parfois insensible, est le plus souvent douloureux; l'appétit nul, la langue recouverte d'un enduit muqueux blanchâtre, et quelquefois rouge sur les bords et à sa pointe; il y a diarrhée, et dans quelques cas rares constipation; l'urine est épaisse, trouble, rougeâtre. A ces symptômes se joignent une sorte de stupeur ou d'ivresse caractéristique, de la somnolence, du délire nocturne; les réponses sont lentes. Lorsque l'estomac participe à l'inflammation, il existe un sentiment de pesanteur et de gonflement à l'épigastre, des nausées, des vomissemens. La peau, qui n'est jamais très-chaude, se recouvre, du huitième au dixième jour, de taches typhoïdes de couleur rosée, légèrement élevées, qui disparaissent par desquamation après six ou huit jours, et qui souvent sont accompagnées d'une éruption de sudamina. Ordinairement, après le second septénaire, on remarque une rémission notable dans les symptômes; si la maladie marche vers la résolution, l'amendement se soutient et le malade entre bientôt en convalescence.

Dans les cas graves, au contraire, la douleur abdominale devient

plus vive, surtout vers la région cœcale ; l'abdomen est tendu, ballonné ; les selles sont séreuses, fétides, les dents fuligineuses ; la langue est recouverte d'un enduit noirâtre ; la figure exprime l'abattement et la tristesse, la prostration est extrême, le pouls petit, fréquent, facile à déprimer.

Quand la maladie doit avoir une fin funeste, tous les accidens précédemment décrits s'accroissent : la figure se décompose, les fonctions cérébrales s'embarrassent de plus en plus ; le malade cesse de répondre aux questions qu'on lui adresse ; il répand une odeur caractéristique que M. *Bretonneau* a nommée *odeur dothinentérique ;* les selles sont noirâtres, fétides ; les narines sont desséchées, leurs bords paraissent saupoudrés d'une poussière grisâtre ; la langue, tremblotante, ne peut sortir de la bouche, qui reste béante et exhale une odeur fétide ; la chaleur abandonne les extrémités ; le ventre, s'il était météorisé, s'affaisse et devient insensible à la pression ; la peau se couvre de taches livides violettes ; elle se gangrène partout où il y a pression continue ; le pouls devient extrêmement fréquent, vermiculaire ; la respiration s'embarrasse et le malade succombe.

Mais la mort n'arrive pas toujours ainsi : quelquefois, sans cause connue, le ventre se ballonne tout à coup et devient d'une sensibilité extrême ; la figure du malade se décompose rapidement ; il pousse des cris continuels ; le pouls devient misérable, et la mort arrive dans les vingt-quatre heures qui suivent l'invasion de ces accidens. Elle est due à ce que l'intestin s'est perforé au fond d'une ulcération. D'autres fois le ventre se gonfle tout à coup sans météorisme, le pouls devient d'une petitesse extrême ; une sueur froide couvre la figure, les extrémités se refroidissent, toutes les souffrances du malade ont disparu, et il s'éteint bientôt sans douleur et sans agonie. Dans ce cas, une artère plus ou moins volumineuse s'est ouverte au fond d'une ulcération. C'est alors en se mettant sur le vase de nuit que le malade périt.

La forme ataxique n'est pas moins fréquente que la forme adynamique, et elle est sans contredit beaucoup plus grave. Dans le plus

haut degré, le malade succombe en quelques jours, et souvent inopinément, avec le délire le plus violent, à la manière de l'arachnitis sous forme délirante. Il n'est pas rare de voir la maladie se présenter alternativement sous la forme adynamique et sous la forme ataxique : alors c'est presque toujours la forme ataxique qui est consécutive. Souvent la forme est mixte ; il y a une sorte de combinaison de stupeur et de délire.

Rien n'est plus incertain que le jugement que l'on porte sur l'entérite folliculeuse : tantôt on la voit débuter par les symptômes ataxo-adynamiques les plus violens, et cependant le malade entre en convalescence de bonne heure. D'autres fois elle se présente sous l'aspect le plus bénin, pour revêtir plus tard un caractère alarmant et devenir funeste. Sa durée est ordinairement de vingt à quarante jours.

Anatomie pathologique. M. *Cruveilhier* divise les différens aspects sous lesquels se présente l'entérite folliculeuse, en cinq formes anatomiques principales : 1°. la forme granuleuse ou gaufrée ; 2°. la forme pustuleuse, dont la forme fongueuse n'est qu'une variété ; 3°. la forme ulcéreuse ; 4°. la forme gangréneuse ; 5°. l'inflammation des ganglions mésentériques, qui, accessoire dans le plus grand nombre des cas, devient quelquefois prédominante et constitue une forme anatomique remarquable de la maladie. C'est cette division que nous suivrons dans cette partie de notre travail.

1°. La forme granuleuse ou gaufrée consiste en des granulations saillantes, simulant une éruption, en sorte que des observateurs les ont décrites comme un exanthème. Quelquefois la lésion est bornée aux follicules isolés ; d'autres fois ce sont, au contraire, les follicules agminés qui sont principalement affectés ; plus fréquemment la lésion porte en même temps sur les uns et sur les autres. Dans les points intermédiaires, la membrane muqueuse est en général parfaitement saine. Les follicules agminés, lorsqu'ils sont seulement plus développés que de coutume, se présentent sous la forme de plaques

gaufrées, chaque point déprimé répondant à l'ouverture d'un follicule. Quant à l'altération en elle-même, elle consiste tantôt dans un simple développement, et alors la cavité du follicule est remplie par du mucus épaissi; tantôt dans une inflammation, et dans ce cas le follicule est plein de pus ou d'une matière caséeuse. Il n'est pas rare de voir un follicule abcédé s'ouvrir sous la muqueuse, et le pus fuser à une plus ou moins grande distance sous cette muqueuse intacte.

2°. Dans la forme pustuleuse, les plaques saillantes, généralement arrondies, crevassées à leur surface, excavées à leur centre, ne peuvent être mieux comparées qu'aux pustules syphilitiques humides qui se développent si fréquemment à la marge de l'anus, au scrotum, etc. De dimensions variables, elles sont tantôt lenticulaires : ce sont celles qui se développent aux dépens des follicules agminés; tantôt oblongues et elliptiques, d'un pouce et demi et même de deux pouces de long sur un demi-pouce de largeur : celles qui se sont formées aux dépens des glandes de *Peyer*. Il n'est pas rare de voir une pustule au centre d'une de ces plaques, laquelle est d'ailleurs saine dans tout le reste de son étendue. Quelquefois même on trouve plusieurs pustules le long d'une plaque un peu considérable, et les intervalles qui les séparent parfaitement sains. On ne saurait méconnaître dans ces plaques une affection simultanée ou successive des follicules et de la membrane muqueuse ou papillaire qui les revêt; elles sont tantôt rosacées ou noires d'injection, tantôt pâles, différence de couleur qui dépend de l'époque où on les observe.

La forme pustuleuse est l'une des plus rapides et l'une des plus graves que puisse affecter l'entérite folliculeuse. Constamment à cette forme anatomique répondent des symptômes ataxiques.

La forme fongueuse, dans laquelle la muqueuse qui revêt les follicules agminés est soulevée, mais d'une manière inégale, et présente, au niveau de chaque ouverture des follicules, des milliers de petites ouvertures à bord rouge, est une variété de la forme pustuleuse.

3°. La forme ulcéreuse, terminaison commune des formes précé-

dentes, se présente, lorsque la maladie a été rapidement funeste, sous l'aspect d'une infinité de très-petites ulcérations superficielles à limbe rouge. Chaque follicule est transformé en un petit ulcère ; les plaques de *Peyer* sont elles-mêmes parsemées çà et là de petites ulcérations au milieu des autres follicules intacts. Tantôt on trouve des ulcères plus ou moins larges, coupés à pic à la manière des ulcères syphilitiques, souvent irrégulièrement festonnés, souvent aussi représentant pour la forme les follicules agminés. On rencontre fréquemment, au fond et au bord de ces ulcérations, des vaisseaux artériels et veineux qui ont échappé au travail désorganisateur ; d'autres fois ces vaisseaux ont été en partie détruits. Entre ces larges ulcérations se voient de petites ulcérations évidemment formées aux dépens des follicules épars.

4°. La gangrène, qui est quelquefois la suite des formes précédentes, tantôt est circonscrite aux plaques folliculeuses et aux follicules eux-mêmes, tantôt s'étend beaucoup au-delà. Dans la gangrène circonscrite, le follicule et la portion adjacente de la muqueuse se détachent à la manière d'un bourbillon, les plaques agminées se séparent à la manière d'une escharre : l'intestin peut être perforé immédiatement dans ce travail désorganisateur. Dans la gangrène que nous appellerons *non-circonscrite* ou *diffuse*, le travail morbide a bien commencé par les follicules, mais la désorganisation envahit au loin les membranes muqueuse, fibreuse, une couche plus ou moins épaisse de la membrane musculaire, et quelquefois le péritoine lui-même. Ces deux espèces de gangrène se rencontrent presque toujours simultanément, ce qui établit leur identité. C'est à la suite de la forme gangréneuse ou de la forme ulcéreuse de l'entérite folliculeuse que se voient ces perforations du péritoine, si subitement mortelles, par le double effet de la tympanite abdominale et de la péritonite. C'est encore à la suite de ces mêmes formes qu'on voit survenir des hémorrhagies quelquefois funestes.

Un point très-important dans l'histoire anatomique de l'entérite folliculeuse, ce sont les états divers de la muqueuse et du péritoine.

Il n'est pas rare de rencontrer la muqueuse parfaitement saine entre les granulations, les pustules et les ulcérations ; dans d'autres cas, la muqueuse est prodigieusement injectée, d'un rouge noir dans sa plus grande étendue ; enfin la rougeur peut être circonscrite autour de la granulation, de la pustule, ou du limbe de l'ulcération. L'état du péritoine n'est pas moins digne d'intérêt. Lorsque la lésion est bornée aux follicules et à la muqueuse, l'altération ne s'étend jamais du côté du péritoine, la membrane fibreuse sert de barrière à son extension du dedans au dehors ; mais aussitôt que cette barrière a été franchie, la tunique musculeuse est envahie, et le péritoine participe plus ou moins à l'inflammation. L'injection vasculaire est le plus souvent locale ; à chaque pustule, à chaque ulcération intérieure répond une tache violacée : tantôt il n'y a pas seulement injection locale, il y a péritonite.

5°. Dans toutes les formes anatomiques que nous venons de décrire, les ganglions correspondans participent plus ou moins à l'inflammation des follicules : de là l'expression de *fièvre entéro-mésentérique* de MM. *Petit* et *Serres*. D'abord ils augmentent de volume et prennent une teinte rosée ; plus tard, quoiqu'en continuant de s'accroître, ils deviennent d'une couleur rouge plus foncée, et en même temps leur cohésion diminue. Bientôt ils diminuent de volume, se ramollissent, prennent une teinte lie de vin, et ne tardent pas à être réduits en bouillie de la même teinte. A la longue, la plupart s'atrophient ; mais quelques-uns se convertissent en kystes, dans lesquels on trouve tantôt une matière semblable à du pus mêlé de sang, tantôt un véritable pus blanc et crémeux, tantôt enfin du pus concret semi-tuberculeux. Le volume de ces ganglions varie depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'un œuf de pigeon.

Chez les deux tiers des sujets observés par M. *Louis*, les plaques elliptiques altérées étaient généralement de douze à quarante ; ces plaques avaient, terme moyen, plus d'un pouce de superficie, un pouce et demi environ, et formaient par leur réunion une surface considérable, supérieure, dans la plupart des cas, à celle de la peau

enflammée dans l'érysipèle de la face. Les plaques à peine altérées, les glandes mésentériques correspondantes l'étaient aussi d'une manière analogue. La membrane muqueuse intermédiaire aux plaques subissait dans la plupart des cas une lésion plus ou moins grave; si l'on ajoute que les plaques ulcérées étaient continuellement en contact avec des matières devenues irritantes pour elles, on ne sera plus étonné de la gravité des symptômes que présente cette maladie.

Mais il est des cas dans lesquels aucun rapport rigoureux ne saurait être établi entre les lésions trouvées après la mort et les symptômes observés pendant la vie. Alors, dit M. *Andral*, la lésion primitive qui existe dans le tube digestif ne doit être considérée que comme un élément de la maladie; seule elle ne l'aurait pas produite; c'est dans les centres nerveux secondairement affectés qu'il faut rechercher la cause de sa gravité; c'est dans la nature des modifications qu'ils ont subies qu'on trouvera l'explication des symptômes observés.

M. *Bouillaud* (Traité des fièvres) a établi, de plus, la réalité des altérations que subit le sang dans un grand nombre de fièvres dites *graves*, et je ne suis pas éloigné de rapporter à cette cause, dans quelques circonstances, non-seulement la gravité de l'entérite folliculeuse, mais encore son développement. C'est, au reste, l'opinion de M. *Cruveilhier* : ce savant médecin pense que, dans certains cas sans douleur, la lésion intestinale n'est qu'un effet qui, une fois produit, s'élève bientôt au rang de cause, et semble régir, par la plus ou moins grande rapidité de sa marche, les phases diverses de la maladie. Pensant que le développement de cette lésion est le résultat d'une cause générale, analogue à celle qui produit la variole, la scarlatine, etc., il la regarde comme une éruption qui deviendrait une crise salutaire si elle se portait à la peau, et qui devient nuisible parce qu'elle se dirige sur un organe important à la vie.

Traitement. Dans les commencemens de la maladie, le traitement doit être entièrement antiphlogistique : ainsi la saignée générale, pro-

portionnée aux forces du malade, à l'intensité du mouvement fébrile, suivie d'émissions sanguines locales, est le seul moyen rationnellement indiqué. Cette médication doit être favorisée par des boissons abondantes, des lavemens adoucissans, des bains, des fomentations émollientes sur l'abdomen, et une température peu élevée. Tant que le mouvement fébrile est considérable, la chaleur forte, le pouls très-accéléré, le même traitement doit être continué; mais plus tard, alors que les symptômes ont beaucoup perdu de leur intensité, que la chaleur est médiocre, l'abattement peu considérable, le météorisme nul ou presque nul, que rien n'indique une lésion de la membrane muqueuse de l'estomac, que la faiblesse est le symptôme principal, on a moins alors à combattre une inflammation que ses suites : il faut recourir aux toniques. Si on craint une erreur de diagnostic, on peut commencer par les toniques faibles, et s'ils ne produisent pas de mauvais effets, passer rapidement aux toniques forts; le sulfate de quinine à la dose de huit, dix, douze et vingt grains, dans une potion aromatique avec le sirop de quinquina ou tout autre, donnant pour boisson l'infusion de quinquina, une limonade vineuse. Si, à la même époque, les diarrhées étaient abondantes, les lavemens comme les boissons devraient être plus ou moins toniques.

Mais nous avons supposé jusqu'ici les cas les plus simples, ceux dans lesquels les symptômes cérébraux et le météorisme sont peu considérables, dans lesquels aucune complication importante ne vient fixer l'attention du médecin. Dans les cas contraires, que faut-il faire?

On a coutume d'opposer au délire les sinapismes, les vésicatoires, la glace sur la tête, les sangsues au cou, aux tempes; M. *Louis* rejette tous ces moyens, qui lui ont paru nuisibles dans la maladie qui nous occupe, et conseille seulement l'emploi de la saignée générale. Nous avons la plus grande foi dans une opinion fondée sur une expérience éclairée; cependant, comme il n'est pas de médecin qui n'ait employé ces moyens avec avantage, nous ne croyons pas devoir les rejeter de la pratique, mais seulement recommander dans leur emploi une grande circonspection. Les révulsifs violens sont suivis de l'ulcé-

ration ou de la destruction complète de la peau dans les points où ils ont été appliqués : or, c'est une loi de notre économie, qu'une inflammation amène une foule de lésions secondaires et ordinairement une nouvelle inflammation ; si cette loi leur est applicable, on voit quels peuvent être les dangers de leur application. Les troubles cérébraux étant sous la dépendance de la lésion intestinale, c'est à tous les moyens propres à diminuer cette lésion qu'on doit de préférence avoir recours.

Le météorisme à un degré élevé est un symptôme formidable, en ce qu'il gêne beaucoup l'action des viscères thoraciques et abdominaux, et entraîne une altération plus ou moins marquée de la structure de l'intestin. On ne peut en expliquer le développement par l'état de la membrane interne de l'intestin, et l'expérience est muette sur les moyens à lui opposer.

Les spasmes ont paru, comme le délire et l'assoupissement, réclamer des soins particuliers ; on les a combattus par des excitans, le camphre, le musc, l'acétate d'ammoniaque, etc. Leur emploi n'a point été suivi de succès dans les circonstances dont il s'agit ; leur effet probable est d'augmenter le mouvement fébrile, et dès-lors la violence des symptômes. Il ne faut pas perdre de vue que les troubles cérébraux masquent tous les autres, ou s'opposent au développement de ceux qui devaient correspondre aux altérations qui ont lieu dans le cours du délire ; que si alors la muqueuse gastrique était le siége de quelque lésion, comme cela est si fréquent, ne pouvant s'en assurer, on exposerait les malades à de graves inconvéniens.

Je terminerai en disant avec Montaigne : « Les difficultés et l'obscurité ne s'aperçoivent en aucune science que par ceux qui y ont entrée..... moi y trouve une profondeur et une variété si infinies, que mon apprentissage n'a autre fruit que de me faire sentir combien il me reste à apprendre. »

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ubi cibus præter naturam copiosior ingressus fuerit, id morbum creat. Ostendit autem sanatio. *Sect.* 2, *aph.* 17.

II.

A morbo bellè comedenti nihil proficere corpus, malum est. *Ibid.*, *aph.* 33.

III.

In acutis affectionibus rarò, et per initia, purgantibus utendum, idque diligenti priùs adhibitâ cautione faciendum. *Sect.* 1, *aph.* 24.

IV.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Ibid.*, *aph.* 8.

V.

Quæ prodeunt non copiâ sunt æstimanda, sed si prodeant qualia oportet, et facilè ferat; et ubi ad animi deliquium ducere oportet, id etiam faciendum si æger sufficiat. *Ibid.*, *aph.* 23.

VI.

Omnia secundùm rationem facienti, et non secundùm rationem evenientibus, non ad aliud transeundum, manente eo quod ab initio visum est. *Sect.* 2, *aph.* 52.